

FASE 2

hjerterehabilitering i kommunalt regi

*Evaluering af overdragelsen af fase 2 hjerterehabilitering
fra hospitalerne til kommunerne i Region Midtjylland*



Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----------------|
| Den gode historie | side 3 |
| 1. Indledning | side 4 |
| 2. Opgaveoverdragelse og ansvarsfordeling | side 5 |
| 2.1 Region Midtjylland | side 5 |
| 2.2 De 19 midtjyske kommuner | side 5 |
| 3. Mål | side 6 |
| 4. Projektets resultater | side 8 |
| 4.1 Sundhedstilstand | side 8 |
| 4.1.1 Fysisk arbejdskapacitet | side 8 |
| 4.1.2 Rygestop | side 8 |
| 4.2 Klinisk kvalitet | side 8 |
| 4.2.1 Vedholdende deltagere i hjerterehabilitering | side 8 |
| 4.2.2 Deltagelse i fysiske træningssessioner | side 10 |
| 4.2.3 Diætbehandling | side 10 |
| 4.2.4 Screening for angst og depression | side 10 |
| 4.2.5 Nationale tal | side 10 |
| 4.2.6 Sikkerhed | side 10 |
| 4.3 Brugeroplevelset kvalitet | side 10 |
| 4.3.1 Brugertilfredshedsundersøgelse | side 10 |
| 4.3.2 Interviews | side 12 |
| 4.4 Økonomi | side 13 |
| 4.4.1 Omkostninger pr. capita | side 13 |
| 4.4.2 Etableringsomkostninger | side 13 |
| 4.4.3 Kommunernes udgifter til specialiseret genoptræning | side 14 |
| 5. Henvisningsudvikling | side 14 |
| 6. Konklusion | side 16 |
| 7. Hjerterehabilitering i et kvalitets- og læringsperspektiv | side 17 |
| 8. Potentiale for spredning | side 17 |
| | |
| Bilag | side 18 |
| Bilag 1: Afgrænsning | side 19 |
| Bilag 2: Population | side 20 |
| Bilag 3: Metode | side 21 |
| Bilag 4: Data | side 23 |

Den gode historie

Kvinde, 44 år

Har haft kunstig hjerteklap i 25 år, hvorfor hun kendte undervisningen, der er en del af tilbuddet. Hun lægger derimod stor vægt på sin tilfredshed med den fysiske træning, der skaber et frirum for hende.

»Træningen? Den synes jeg er rigtig god. Og også fordi man kommer ud. Altså for mig var det vigtigt at komme herved, hvor jeg vidste, der var nogen folk, hvis jeg skulle give den gas, sådan at jeg kunne slippe den der frygt; hvad nu hvis det sker igen.«

»Tænk hvis jeg nu stadig tog på løbeture ude i det fri, og så jeg pludselig ikke kom hjem igen. Altså her kan jeg jo give den gas, og så er der nogen, der kan hjælpe, hvis det er.«

»Jamen jeg tænker, her kommer jeg jo ikke til at se patienter som sådan på gangene. Her er det jo, man kommer fra gaden af og ind, ikke? Det er det, jeg synes, måske er det rareste.«



Mand, 73 år

Har været utrolig glad for indsatsen, som har motiveret ham til at fortsætte selv, når han er færdig med hjerterehabiliteringen i kommunen. Desuden har han været tilfreds med undervisningen herunder diætistens og hjertesygplejerskens råd.

»Der har været en hjertesygplejerske og have omkring hjertet, og så har der været en diætist og have omkring kosten, ja. Vi har været med til begge dele, og har haft gavn af begge dele.«

»... kvaliteten er der ikke noget i vejen med, men altså der er forskel på, om man skal køre 50 kilometer, eller man kun skal køre 16.«

»... når jeg så ikke kan være med her, så er jeg meget motiveret til [...], at komme i gang med træningen på et motionscenter.«

Mand, 54 år

Deltageren har gennemgået et hjerterehabiliteringsforløb i sundhedscentret i Randers. Han giver udtryk for stor tilfredshed med forløbet på trods af betænkeligheder inden forløbet gik i gang.

»... man er ikke så syg, når man kommer her, som hvis man kommer på sygehuset, det synes jeg ikke.«

»... super godt, super godt!«

»... jeg tænkte, »Argh. Jeg er en mand på 54, der er ikke noget, jeg ikke ved.« Men jeg må sige, [...] jeg synes det har været nogle gode indsatser...«

1. Indledning

I 2016 godkendte regionsrådet og de 19 byråd et revideret Forløbsprogram for hjertesygdom, hvor en stor del af fase 2 hjerterehabilitering overdrages fra hospitaler til kommuner.

Overdragelsen af hjerterehabilitering fase 2 fra hospitalerne til kommunerne i hele regionen skulle være implementeret 1. januar 2017. De væsentligste ændringer i denne forbindelse har været en udvidelse af målgruppen, således den stemmer overens med National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering fra Sundhedsstyrelsen. Derudover er den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering overgået fra hospitaler til kommuner. Det omfatter fysisk træning, diæt-behandling, rygestop, patientuddannelse samt psykosocial omsorg¹. Forløbsprogrammet præciserer kvalitetskrav til indsatsen i forhold til at leve op til de beskrevne behandlingsmål samt kvalitetskrav i Dansk Hjerterehabiliteringsdatabases dokumentalistrapport² og National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering³.

Opgaveflytningen er i overensstemmelse med sundhedsaftalens vision om sundhedsløsninger tæt på borgeren og ventes at imødegå manglende deltagelse i hjerterehabilitering. Borgere med hjertesygdom er i dag bedre udredt end tidligere, og det er med opbakning fra Sundhedsstyrelsen vurderet sikkerhedsmæssigt forsvarligt, at blandt andet genoptræning foregår i kommunalt regi for størstedelen af den gruppe, der er omfattet af forløbsprogrammet.

Erfaringer fra en opgaveoverdragelse fra Regionshospitalet Viborg til Viborg og Skive kommuner i 2015 (pilotprojekt)⁴ har understøttet beslutningen om at godkende det reviderede forløbsprogram.

Pilotprojektet var et nyt tværsektorielt samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg samt Viborg og Skive kommuner, hvor hovedformålet var at øge deltagelsen i hjerterehabilitering fase 2 ved at gøre dele af tilbuddet mere lokalt for borgeren. Dette blev gjort ved at flytte rehabiliteringen fra Regionshospitalet Viborg til sundhedscentre i de to kommuner.

Konklusionen var, at indsatsen generelt øgede deltagelsen i hjerterehabilitering. Derudover mødte indsatsen stort set alle delmål herunder også en økonomisk gevinst pr. borger i forhold til den tidligere omkostning på hospitalerne.

Følgende rapport er en evaluering af implementeringen af det reviderede forløbsprogram i hele Region Midtjylland. Den er lavet på baggrund af Triple Aim-metoden, som indeholder tre parametre:

1. Sundhedstilstanden for en population
2. Klinisk og brugeroplevet kvalitet
3. Omkostninger pr. capita

Sundhedstilstanden for en population betyder sundhedstilstanden hos en gruppe af borgere, ikke for den enkelte borger.

Triple Aim-tilgangens andet mål har fokus dels på den kliniske kvalitet, dels den brugeroplevede kvalitet ved en indsats. Modsat traditionel økonomisk evaluering og monitorering, som ofte er »søjlebaseret«, anskuer Triple Aim-tilgangen omkostningerne for alle sundhedsvæsenets aktører – de samfundsøkonomiske omkostninger.

Omkostninger pr. capita betyder, hvilke samlede udgifter der er forbundet med behandling etc. til den enkelte borger i den givne population⁵.

¹ Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner, Forløbsprogram for hjertesygdom, <https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/sundhedstilbud-og-forebyggelse/kronisk-sygdom/hjertesygdom/forlobsprogram-for-hjertesygdom-231115.pdf>, 2015

² Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase, Dokumentalistrapport, http://www.rkkp.dk/siteassets/om-rkkp/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerterehabilitering/dhrd_dokumentalistraport_final.pdf, 2015

³ Sundhedsstyrelsen, National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx>, 2015

⁴ Region Midtjylland, Viborg og Skive kommuner, Evaluering – overdragelse af den ikke-medicinske del af Hjerterehabilitering Fase II fra Regionshospitalet Viborg til Skive og Viborg kommuner, http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/projekter/triple-aim/hjerterehabilitering/samlet_afrapportering_hjerterehab_endelig.636027095312973383.pdf, 2016

⁵ Sundhedsaftalen, Triple Aim, <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/triple-aim/>, 2012

2. Opgaveoverdragelse og ansvarsfordeling

Der har været to centrale parter i overdragelsen af hjerterehabilitering fase 2; Region Midtjylland og kommunerne i regionen.

2.1 Region Midtjylland

Region Midtjylland har varetaget den lægefaglige vurdering af hvilke borgere, der kan modtage ikke-medicinsk fase 2 hjerterehabilitering i kommunerne. Hospitalerne har, udover den medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering, forestået den indledende test for borgere i en specificeret risikogruppe inden videre henvisning til fysisk træning. På baggrund af testen er det vurderet, om disse borgere henvises til træning i hospitals- eller kommunalt regi. Der er et tæt samarbejde mellem hospital og kommune. De kommunale medarbejdere, der står for træningen, har adgang til direkte at kontakte hospitalets hjerteafdeling for at få sparring, hvis fx en borger bliver dårlig under træning. Regionen har i øvrigt løbende været tilgængelig i forhold til kompetenceopbygning for kommunerne.

2.2 De 19 midtjyske kommuner

De 19 kommuner i regionen har overtaget ansvaret for den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering samt udslusning til tilbud i foreningsregi for de borgere, som hospitalerne henviste til hjerterehabilitering. Kommunerne har desuden oprettet de relevante strukturelle rammer for modtagelsen af borgerne på kommunernes sundhedscentre. Derudover har kommunerne betalt for udvikling af en kvalitetsdatabase (HjerteKomMidt), samt stået for registrering af relevante data til databasen med henblik på opfølgning af de nationale mål og håndteret data til økonomiopfølgning.

3. Mål

Denne Triple Aim rapport evaluerer indsatsen på mål for populationens sundhedstilstand, klinisk og brugeroplevet kvalitet og omkostninger pr. capita. Målene for populationens sundhedstilstand samt klinisk kvalitet er standarderne for seks nationale indikatorer, som er udviklet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og monitoreres for hospitalerne i den nationale Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD)⁶.

De økonomiske mål er opstillet på baggrund af tendenser fra pilotprojektet, hvor der var faldende udgifter efter omlægningen af indsatsen fra hospitalerne til kommunerne pr. borger.

⁶ Dansk Hjerterehabileringsdatabase, National årsrapport 1. juni 2016 – 31. maj 2017, https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693_dhrd-%C3%A5rsrapport-2016_30102017---final-m-regionale-kommentarer.pdf, 2017

Tabel 1: Måleskema

| Dimension | Mål | Opgørelse | Datakilde |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Sundhedstilstand | Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest. Standard: Mindst 80 % | Stigning på mindst 10 % i fysisk arbejdskapacitet (watt) eller distance ved gangtest (meter). | HjerteKomMidt |
| | Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart, men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet. Standard: Mindst 60 % | Rygestatus »eks-ryger« ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. | HjerteKomMidt |
| Klinisk Kvalitet | Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering. Standard: Mindst 75 % | Et udfyldt slutschema indenfor 180 dage efter rehabiliteringsstart. | HjerteKomMidt |
| | Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner. Standard: Mindst 70 % | Borgere der har gennemført mindst 80 % af de samlede træningssessioner. | HjerteKomMidt |
| | Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for angst og depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet. Standard: Mindst 80 % | Screening for angst og depression enten i følge start- eller slutschema. | HjerteKomMidt |
| | Andel af borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling på hold eller individuelt i løbet af hjerterehabiliteringsforløbet. Standard: Ikke fastsat | Borgeren har modtaget diætbehandling (på hold eller som individuelt tilbud). | HjerteKomMidt |
| | Sikkerheden for borgerne er høj, det tilstræbes, at ingen borgere får behov for indlæggelse ifm. rehabiliteringsforløbet. | Opgjort ift. antal indlæggelser ifm. holdtræningen i kommunerne. | Kommunale data |
| Brugeroplevet kvalitet | Der er høj tilfredshed blandt borgere, der deltager i forløbet. | Spørgeskemaundersøgelser og interviews. | Kommunale data |
| Omkostning per capita | De gennemsnitlige omkostninger pr. deltagende borger, til fysisk træning i fase 2 falder som følge af omlægningen. | Den gennemsnitlige udgift pr. capita for et samlet rehabiliteringsforløb. | Data fra 13 af de deltagende kommuner |
| | Som følge af rehabiliteringsforløbet er der mindre behov for specialiserede genoptræningsplaner, hvilket medfører et fald i de kommunale udgifter til området. | Undersøges om kommunernes afregning for specialiseret genoptræning falder i en grad der svarer til de udgifter kommunerne har fået ved overtagelsen af fase 2. | E-sundhed/KØS |

4. Projektets resultater

Dette afsnit præsenterer de endelige resultater på baggrund af data registreret i HjeteKomMidt i 2017. Resultaterne stammer fra rapporten »Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017«⁷. I rapporten fremgår en mere detaljeret beskrivelse af opgørelserne.

4.1 Sundhedstilstand

De følgende tabeller viser opgørelser af indikatorer med tilhørende standarder. Indikatorerne vedrører sundhedstilstanden for de borgere, der har deltaget i rehabiliteringstilbuddet.

4.1.1 Fysisk arbejdskapacitet

Blandt de 841 borgere på regionalt niveau, hvor resultatet af testen af fysisk arbejdskapacitet eller gangtesten er registreret både ved opstart og ved afslutning af rehabiliteringsforløbet, er der 558 borgere, der har en stigning på mindst 10 % i arbejdskapacitet eller distance ved gangtest. Det svarer til, at 66 % opfylder indikatoren (Tabel 2).

4.1.2 Rygestop

Blandt de 209 borgere, der på regionalt niveau er registreret som rygere ved opstart af rehabiliteringen i kommunen, er det angivet, at 109 borgere er eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet svarende til 52 % (Tabel 3).

4.2 Klinisk kvalitet

De følgende tabeller viser opgørelser af indikatorer med tilhørende standarder. Indikatorerne vedrører den kliniske kvalitet for de borgere, der har deltaget i rehabiliteringstilbuddet.

4.2.1 Vedholdende deltagere i hjerterehabilitering

Blandt de 833 borgere, der på regionalt niveau har været i et forløb i mindst et halvt år i opgørelsesperioden, er der i alt 663 borgere som er færdigregistreret for hver af indsatserne superviseret fysisk træning, diætbehandling og rygestopkursus, og dermed er vedholdende, svarende til 80 % (Tabel 4).

⁷ Søndergaard H, Andersen TV, Lemvig KN. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliterings-indikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. Aarhus: DEFACTUM®, Region Midtjylland, <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/samarbejdsaftaler/forlobsprogrammer/rapport-hjerte-com-midt.pdf>, 2018

Table 2. Indikator 2b. Andel borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud, og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest.

| | Std. 80 % opfyldt | Tæller/nævner | Andel (%) |
|-----------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Region Midtjylland | Nej | 558/841 | 66 |
| Horsensklyngen ⁸ | Nej | 99/142 | 70 |
| Midtklyngen | Nej | 145/219 | 66 |
| Randersklyngen | Nej | 81/167 | 49 |
| Vestklyngen | Nej | 166/217 | 77 |
| Aarhusklyngen | Nej | 67/96 | 70 |

Kilde: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

Table 3. Indikator 3. Andel borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart, men eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet

| | Std. 60 % opfyldt | Tæller/nævner | Andel (%) |
|--------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Region Midtjylland | Nej | 109/209 | 52 |
| Horsensklyngen | Nej | 16/32 | 50 |
| Midtklyngen | Nej | 26/54 | 48 |
| Randersklyngen | Nej | 23/40 | 58 |
| Vestklyngen | Nej | 32/63 | 51 |
| Aarhusklyngen | Ja | 12/20 | 60 |

Kilde: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

Table 4. Indikator 1B. Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering.

| | Std. 75 % opfyldt | Tæller/nævner | Andel (%) |
|--------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Region Midtjylland | Ja | 663/833 | 80 |
| Horsensklyngen | Ja | 117/155 | 75 |
| Midtklyngen | Ja | 162/192 | 84 |
| Randersklyngen | Nej | 141/193 | 73 |
| Vestklyngen | Ja | 175/196 | 89 |
| Aarhusklyngen | Nej | 68/97 | 70 |

Kilde: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

⁸ Det lokale samarbejde om sundhedsaftalerne er organiseret i klynger, hvor de nærliggende kommuner, hospitaler og almen praksis mødes. Klyngerne dækker både somatik og psykiatri.

4.2.2 Deltagelse i fysiske træningssessioner

Blandt de 929 borgere, der på regionalt niveau er registreret med både antal planlagte og gennemførte træningssessioner i opgørelsesperioden er der 524 borgere, der har gennemført 80 % af de planlagte træningssessioner svarende til 56 % (Tabel 5).

4.2.3 Diætbehandling

Blandt de 1015 borgere, hvor der på regionalt niveau er registreret, at de har modtaget opfølgning på diætbehandling på hold eller individuelt, er det angivet, at 550 borgere har modtaget diætbehandling ved afslutning af rehabiliteringsforløbet svarende til 54 % (Tabel 6).

4.2.4 Screening for angst og depression

I alt 11 kommuner anvender screening for angst og depression. Blandt de 892 borgere, hvor der er registreret information om, hvorvidt borgeren er screenet eller ej, er det angivet, at 702 borgere er screenet svarende til 79 % (Tabel 7).

4.2.5 Nationale tal

Nationalt offentliggøres indikatorer for fase 2 hjerterehabilitering, der foregår på hospitaler. Indikatorerne er opgjort for perioden 1. juni 2016 til 31. maj 2017 og kan tilgås på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerte-kar-sygdomme/hjerterehabilitering/> Der skal tages højde for i forhold til sammenligneligheden, at der generelt er tale om forskellige perioder og forskellige patientgrupper fra region til region, der rehabiliteres i hospitalsregi. Derfor kan en direkte sammenligning mellem de nationale tal, og tallene præsenteret i denne rapport ikke laves. Dog tyder de første resultater for kommunerne på, at kommunerne er kommet godt i gang med fase 2 hjerterehabiliteringen set i forhold de nationale resultater.

4.2.6 Sikkerhed

Det har været et klinisk kvalitetsmål, at sikkerheden for borgerne er høj, og det tilstræbes, at ingen borgere får behov for indlæggelse i forbindelse med rehabiliteringsforløbet. Dette er blevet opgjort ud fra antal indlæggelser i forbindelse med holdtræningen i kommunerne. Kommunerne har

selv meldt ind i forhold til eventuelle indlæggelser samt dødsfald i forbindelse med holdtræning. Der er registreret 14 indlæggelser i forbindelse med holdtræningen. Derudover har der været et enkelt dødsfald. Hændelsesforløbet i forbindelse med dødsfaldet er efterfølgende blevet gennemgået af hospital og kommune, og det blev konkluderet, at alle retningslinjer er blevet fulgt⁹. Det formodes, at dødsfaldet indtraf grundet en rytmeforstyrrelse, hvilket er en risiko for borgere med hjertesygdomme.

4.3 Brugeroplevels kvalitet

De følgende afsnit gennemgår resultaterne for den brugeroplevede kvalitet gennem henholdsvis en kvantitativ undersøgelse ved spørgeskemaer og en kvalitativ undersøgelse ved interviews.

4.3.1 Brugertilfredshedsundersøgelse

Der er opgjort brugertilfredshed ved spørgeskemaer i syv forskellige kommuner indenfor regionen i henholdsvis Horsens, Skanderborg, Randers, Ikast-Brande, Lemvig, Syddjurs og Ringkøbing-Skjern kommuner. Der er blevet anvendt forskellige spørgeskemaer i kommunerne, hvilket giver en udfordring i præsentationen af de samlede resultater. Dog viser der sig en klar tendens i resultaterne fra alle kommunerne, hvor der generelt er høj tilfredshed med indsatsen. Der har samlet været 291 respondenter af brugertilfredshedsundersøgelserne på tværs af de syv kommuner. Resultaterne for brugertilfredsheden i de pågældende kommuner vil overordnet blive gennemgået i de følgende afsnit.

Information

Randers, Horsens og Syddjurs kommuner spørger borgerne, der har deltaget i forløbet, hvorvidt informationen inden opstarten af forløbet har været tilfredsstillende. I samtlige af de tre kommuner er der stor tilfredshed med informationsmængden, hvor mellem 76-97 % af borgerne afhængig af kommunen er tilfredse eller meget tilfredse med den givne information. Desuden angiver kun en meget lille del af borgerne, at de var utilfredse med informationerne op til forløbets start. I stedet svarer størstedelen af ikke-tilfredse borgere neutralt.

⁹ Analyse af sag vedr. hjerterehabilitering i Herning kommune, 4. juli 2017

Tabel 5. Indikator 2a. Andel borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner.

| | Std. 70 % opfyldt | Tæller/nævner | Andel (%) |
|--------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Region Midtjylland | Nej | 524/929 | 56 |
| Horsensklyngen | Nej | 91/150 | 61 |
| Midtklyngen | Nej | 133/259 | 51 |
| Randersklyngen | Nej | 96/184 | 52 |
| Vestklyngen | Nej | 154/257 | 60 |
| Aarhusklyngen | Nej | 50/79 | 63 |

Kilde: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

Tabel 6. Indikator 4. Andel borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling i løbet af rehabiliteringsforløbet.

| | Std. ikke fastsat | Tæller/nævner | Andel (%) |
|--------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Region Midtjylland | - | 550/1015 | 54 |
| Horsensklyngen | - | 120/171 | 70 |
| Midtklyngen | - | 117/278 | 42 |
| Randersklyngen | - | 113/202 | 56 |
| Vestklyngen | - | 108/256 | 42 |
| Aarhusklyngen | - | 92/108 | 85 |

Kilde: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

Tabel 7. Indikator 5. Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet

| | Std. 80 % opfyldt | Tæller/nævner | Andel (%) |
|--------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Region Midtjylland | Nej | 702/892 | 79 |
| Horsensklyngen | Nej | 84/176 | 48 |
| Midtklyngen* | Ja | 273/289 | 94 |
| Randersklyngen | Ja | 240/289 | 83 |
| Vestklyngen | - | - | - |
| Aarhusklyngen | Nej | 105/138 | 76 |

*Silkeborg Kommune anvender ikke screening for depression

Kilde: Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017. DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2018

Fysisk træning

Samtlige nævnte kommuner spørger i forskelligt omfang ind til tilfredsheden med den fysiske træning. Det er gennemgående for samtlige kommuner, at der er meget høj tilfredshed med træningsniveauet. Tilfredshedsprocenten ligger på 88–100 % for kommunerne, hvor respondenterne angiver, at de er tilfredse eller meget tilfredse med intensiteten og den fysiske træning generelt.

Adfærd

Samtlige nævnte kommuner bortset fra Horsens kommune spørger borgerne, hvorvidt indsatsen har givet anledning til ændring i adfærd hos borgeren, herunder ændring i træningsvaner. En stor andel af borgerne angiver, at indsatsen har givet anledning til ændring i deres daglige vaner. Afhængig af spørgsmålet i spørgeskemaet angiver borgeren enten svar på generel holdningsændring eller ændring i træningsvaner. I henholdsvis Ikast-Brande, Lemvig og Ringkøbing-Skjern kommuner spørges borgeren ind til, hvorvidt indsatsen har givet anledning til en generel adfærdsændring. Afhængig af kommunen mener 58–80 % af borgerne, at indsatsen i nogen eller høj grad har givet anledning til en generel adfærdsændring.

Derudover har Syddjurs, Randers og Skanderborg kommuner spurgt borgerne ind til, hvorvidt indsatsen har givet borgeren anledning til fortsat at være fysisk aktiv. Afhængig af kommunen har 73–84 % af borgerne angivet, at de er blevet mere fysisk aktive, som følge af indsatsen.

Personalet

Randers, Horsens og Syddjurs kommuner har adspurgt borgerne om deres tilfredshed med personalet. Adspurgt om personalets viden om borgers problemstilling svarer 88–100 % af borgerne afhængig af kommunen, at der er god eller meget god forståelse for borgerens situation/hverdag i forbindelse med problemstillingen.

I Randers og Syddjurs kommuner bliver borgeren desuden spurgt ind til deres oplevelse af personalets viden om borgerens problemstilling. Hertil svarer 80–88 % af borgerne afhængig af kommunen, at de mener personalets viden om deres problemstilling har været god eller meget god. Derudover adspørger de samme kommuner, om borgernes oplevelser af personalets rådgivning og vejledning. Hertil svarer 93–95 % af borgerne

afhængig af kommunen, at personalets rådgivning og vejledning har været god eller meget god.

4.3.2 Interviews

Resultaterne for interviews er opgjort på baggrund af 11 respondentes udsagn, som er opdelt i henholdsvis generel tilfredshed, nærhed og tryghed.

Generel tilfredshed

Overordnet giver samtlige respondenter udtryk for stor tilfredshed med den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering. Den generelle oplevelse med indsatsen har blandt respondenterne været gennemgående positiv, hvor respondenterne blandt andet har lagt vægt på den høje kvalitet i træningen, og at undervisningen overordnet har været relevant herunder også diætistens kostråd. Respondent 11 siger konkret følgende om indsatsen: »Jeg synes da, det er fantastisk, altså det må jeg indrømme.« Dette er noget, stort set samtlige respondenter gav udtryk for i forbindelse med deres interviews. Konkret lægges der af en række af respondenterne vægt på, at setuppet omkring træningen er yderst professionelt, og personalet er dygtige til at involvere alle deltagerne i træningen på trods af forskel i alder eller fysisk tilstand efter hjertesygdom. Der bliver desuden givet udtryk for en oplevelse af høj grad af professionalisme også i forbindelse med undervisningen. Dog nævner enkelte respondenter, at de fandt undervisningen eller dele af undervisningen overflødig på grund af, at de allerede havde sat sig ind i deres situation, eller fordi de tidligere havde været igennem forløb, hvor de havde modtaget den pågældende information. Dog nævner nogle respondenter kostundervisningen konkret, som noget de har været positive overfor, da det har fået dem til at tænke mere over deres kost, og generelt har de følt sig mere oplyste i forhold til den mad, de indtager.

Nærhed

Et af grundprincipperne i forbindelse med flytningen af den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering til kommunerne har været, at det skulle være nærmere borgeren for at sikre en højere deltagelsesrate. Man vil således grundlæggende forsøge at undgå, at borgeren fravælger deltagelse på grund af afstanden til rehabiliteringsstedet. De adspurgte respondenter, for hvem dette vil have været aktuelt, har også i høj grad fundet det positivt, at der er kort afstand til rehabiliteringstilbuddet. Samtlige respondenter fra

henholdsvis Skive og Lemvig gav klart udtryk for, at den korte afstand var med til at øge deres lyst til at deltage i fase 2 hjerterehabilitering. Respondent 9 svarer følgende på spørgsmålet om, at det foregår i Lemvig fremfor det nærmeste store regionshospital: »Altså absolut her fordi hvis det havde været i Herning, så var jeg slet ikke kommet.« Respondenten uddyber i øvrigt, at årsagen til, personen ikke ville have deltaget, er fuldtidsarbejde. Det har således været lettere for respondenterne at tage fri et par timer for at deltage i det lokale tilbud om hjerterehabilitering.

Desuden lægger flere respondenter vægt på, at de er tilfredse med at deltage i fase 2 hjerterehabiliteringen på kommunale sundhedscentre i stedet for hospitalerne, da de derved undgår en følelse af sygeliggørelse. Respondent 7 siger konkret: »[...] jeg synes, man bliver ikke så sygeliggjort, når man kommer her.« Respondenterne giver ofte udtryk for, at de ikke har noget imod at deltage i rehabiliteringen på hospitalerne, men de vil foretrække at deltage på et sundhedscenter.

Tryghed

Enkelte respondenter havde nogle bekymringer inden opstarten på genoptræningen, blandt andet grundet tidligere skader og lignende, men der har ellers ikke været betænkeligheder blandt respondenterne i forhold til at starte op med den fysiske træning.

Samtlige respondenter svarer i forskellig grad, at de enten ikke tænker over tryghedsaspektet, eller at de føler sig meget trygge især på baggrund af personalets indsats. Flere respondenter nævner desuden, at de føler, at de kan give ekstra meget i forbindelse med fysisk træning, da de netop føler sig meget trygge, når de kommer til hjertetræning, og bliver observeret under træningen af både sygeplejerske og fysioterapeut. Respondent 5 sætter konkret ord på dette: »Tænk hvis jeg nu stadig tog på løbeture ude i det fri, og så jeg pludselig ikke kom hjem igen. Altså her kan jeg jo give den gas, og så er der nogen, der kan hjælpe, hvis det er.« Trygheden som element i hjerterehabiliteringen er således ikke et område, der har fyldt noget mentalt for respondenterne. Enkelte respondenter har tværtimod set det omvendt, og anser træningen under opsyn af fagprofessionelle som en god mulighed for at udfordre sig selv, da det netop foregår under trygge forhold.

4.4 Økonomi

4.4.1 Omkostninger pr. capita

I juni måned 2017 er der indsamlet data fra kommunerne i Region Midtjylland, for at beregne en ny pris pr. capita. Der er i alt 13 kommuner, som har bidraget med data omkring deres hjerterehabilitering. Målet har været at lave en cirka pris pr. borger, som kan sammenholdes med de 10.700 kr., som var den tidligere pris pr. borger for kommunerne, da rehabiliteringen foregik på hospitalerne. De 10.700 kr. var ikke en reel beregnet pris pr. capita, men den DRG takst som kommunerne blev afregnet med, da borgerne modtog fase 2 hjerterehabilitering på hospitalet.

Overordnet set foregår rehabiliteringen stort set ens på tværs af kommunerne, da alle følger forløbsprogrammet. Dog er der forskelle i, hvor mange man har på et hold, eller hvor mange ressourcer der bruges på sideløbende funktioner såsom sexolog, diætist, rygestopkurser osv. Dette har alt sammen indflydelse, når man beregner en gennemsnitspris.

Som udgangspunkt er gennemsnitsprisen desuden regnet med en gennemsnits-timepris, som blev beregnet af Skive Kommune i 2014. Denne er fremskrevet til 2017 prisniveau og er nu 683 kr. pr. time.

Den gennemsnitlige pris pr. borger for et rehabiliteringsforløb på 12 uger bliver dermed 6.177 kr. Dette tal bør kun bruges til en overordnet sammenligning af prisen pr. capita før og nu, og kan ikke bruges som målestok for, hvad det koster denne enkelte kommune at drive tilbuddet. For den enkelte kommune kan der være konkrete elementer, som spiller ind, og som der ikke tages højde for her. F.eks. særligt høje lønninger, driftsudgifter såsom husleje, forbrugsafgifter, rengøring eller andet, som ikke kan sammenlignes på tværs af kommuner. Langt de fleste af de data som er indsamlet ligner dog hinanden.

4.4.2 Etableringsomkostninger

Udover de løbende driftsudgifter som kommunerne har til træningen, har der været opstartsudgifter i forbindelse med opgaveovertagelsen. De 13 kommuner, som har besvaret dataindsamlingen, har tilsammen angivet kendte engangsudgifter til opstarten på godt 1,7 mio. kr. Det forudsættes der-

for, at kommunerne tilsammen har haft engangsudgifter til opstarten på ca. 2 mio. kr.

Hertil kommer, at der er kommuner, som bruger ekstra midler til f.eks. husleje, idet det har været nødvendigt at leje ekstra lokaler til træningen. Tilsammen har de 13 kommuner meldt ekstra 417.000 kr. årligt ind. Det forudsættes derfor at alle kommunerne tilsammen har ekstra driftsudgifter på ca. 0,5 mio. kr. årligt.

Engangsudgifter skal naturligvis ikke afholdes hvert år, men der vil på et tidspunkt blive brug for f.eks. udskiftning af Watt-max cykler. Derfor bør der tages et vist forbehold for, at der findes årlige udgifter ud over gennemsnitsprisen pr. borger.

4.4.3 Kommunernes udgifter til specialiseret genoptræning

Som en del af godkendelsen af det reviderede Forløbsprogram for hjertesygdom blev det aftalt, at der skulle følges op på udgifterne til specialiseret genoptræning.

Derfor er der herunder trukket tal for kommunernes udgifter til specialiseret genoptræning. Forudsætningen for at kommunerne har midler til at drive hjerterehabiliteringen, har været, at udgiften til specialiseret genoptræning ville gå ned med minimum det, det koster kommunerne at drive træningen selv.

Som det fremgår af tabellen (Tabel 8), er udgifterne faldet væsentligt. Det ses, at udgifterne til specialiseret genoptræning i Midtklyngens kommuner ikke er faldet i samme grad som de resterende kommuner. Det skyldes, at disse kommuner var en del af pilotprojektet og kom i gang med fase 2 forløbene før de resterende kommuner. Faldet i deres afregning ligger derfor fra 2014 til 2015 (for Silkeborg fra 2015 til 2016).

Selvom kommunerne har brugt ressourcer ud over selve rehabiliteringen til opstart og driftsudgifter (sættes her til 2,5 mio. kr.), har der stadig været midler til at gennemføre forløbet for knap 2.000 borgere uden yderligere omkostninger (beregnet med gennemsnitsprisen på 6.177 kr.). Som det fremgår senere, er der henvist over 2.500 borgere til kommunerne i 2017. Ikke alle har færdiggjort deres rehabiliteringsforløb i løbet af 2017, og af dataindsamlingen fremgår det desuden, at knap 10 % af borgerne takker nej tak til at deltage i rehabiliteringsforløbet.

Det er en gennemsnitsbetragtning, da det for den enkelte kommune godt kan have betydet ekstra udgifter. Samlet set betyder det, at udgiften pr. capita er faldet, men at den samlede udgift kan være steget i nogle kommuner på baggrund af, at flere borgere nu får glæde af tilbuddet.

5. Henvisningsudvikling

I forbindelse med henvisningsudviklingen er der løbende fulgt op på tre forskellige henvisningstal for at følge udviklingen (Tabel 9). Forventet 1-tallet for 2017 er baseret på antal patienter henvist til hjerterehabilitering på hospitalerne i 2014. Forventet 2-tallet er baseret på det totale antal patienter med diagnoser, der er inkluderet i forløbsprogrammet fratrukket 10 % af hensyn til, at der forventes fortsat at være 10 % af målgruppen, der skal have en specialiseret genoptræningsplan og dermed

modtage deres træning i hospitalsregi. Det sidste tal er status-tallet, som er udtryk for det faktiske antal genoptræningsplaner modtaget i kommunerne. Status-tallet forventes at ligge mellem forventet 1 og 2.

Antal henvisninger for 2017 samlet (status) ligger således som forventet i forbindelse med kommunal fase 2 hjerterehabilitering.

| Tabel 8: Kommunernes udgifter til specialiseret ambulant genoptræning ¹⁰ | | | |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|
| Kommune | Udgift 2016 | Udgift 2017 | Difference |
| Favrskov | 1.617.871 | 1.074.528 | -543.343 |
| Hedensted | 1.888.698 | 1.168.185 | -720.513 |
| Herning | 3.312.133 | 1.448.493 | -1.863.640 |
| Holstebro | 2.307.989 | 708.851 | -1.599.138 |
| Horsens | 3.321.030 | 2.326.321 | -994.709 |
| Ikast-Brande | 1.577.674 | 618.255 | -959.419 |
| Lemvig | 655.589 | 281.175 | -374.414 |
| Norrdjurs | 1.121.696 | 884.823 | -236.873 |
| Odder | 447.924 | 332.802 | -115.122 |
| Randers | 3.427.908 | 2.123.919 | -1.303.989 |
| Ringkøbing-Skjern | 1.553.980 | 597.945 | -956.035 |
| Samsø | 22.501 | 24.723 | 2.222 |
| Silkeborg | 3.240.490 | 3.224.970 | -15.520 |
| Skanderborg | 1.443.352 | 1.050.567 | -392.785 |
| Skive | 509.904 | 435.171 | -74.733 |
| Struer | 723.491 | 230.685 | -492.806 |
| Syddjurs | 1.547.631 | 482.610 | -1.065.021 |
| Viborg | 1.421.820 | 1.330.662 | -91.158 |
| Århus | 13.059.318 | 10.062.210 | -2.997.108 |
| SUM | 43.200.999 | 28.406.895 | -14.794.104 |

| Tabel 9: Henvisningsudvikling | |
|-----------------------------------|----------------|
| Henvisningsudvikling i kommunerne | Total for 2017 |
| Forventet 1 | 2049 |
| Forventet 2 | 3100 |
| Status | 2598 |

¹⁰ Afregning ifølge E-sundhed data, 22. februar 2018

6. Konklusion

Formålet med denne rapport har været at undersøge resultaterne ved overdragelsen af den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitalerne til kommunerne som følge af revisionen af forløbsprogrammet for hjertesygdom. Undersøgelsen bygger på de tidligere erfaringer fra Midtklyngens analyse af flytning af fase 2 hjerterehabilitering, som blev gennemført som et pilotprojekt i 2015. Den 1. januar 2017 havde alle 19 midtjyske kommuner implementeret forløbsprogrammet og samtidig havde 18 ud af de 19 kommuner iværksat registrering i HjerterKomMidt. Overordnet set kan det konkluderes, at de positive resultater fra Midtklyngen kan genfindes, når der ses på resultaterne for alle de midtjyske kommuner efter det første hele år med fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi. Herunder konkluderes der på alle tre Triple Aim mål – klinisk kvalitet, borgeroplevet kvalitet og økonomi.

Resultaterne af indikatorerne viser, at kommunerne opfylder standarden på den første indikator »Vedholdende deltagere«, mens de ikke opfylder standarden på de øvrige fire indikatorer, hvor der er fastsat en standard. Der er ikke fastsat en standard i forhold til diætbehandling. Det er vigtigt at være opmærksom på, at standarderne er udtryk for en høj faglig kvalitet, som det forventeligt vil tage mere end ét år at opnå.

Den seneste årsrapport fra Dansk Hjerterehabileringsdatabase viser niveauet for hospitalernes rehabilitering. Selvom tallene ikke er direkte sammenlignelige, tyder de første resultater for

kommunerne på, at kommunerne er kommet godt i gang med fase 2 hjerterehabiliteringen set i forhold til de nationale resultater for fase 2 hjerterehabilitering i hospitalsregi. Kommuner i Region Midtjylland på linje med hospitaler og kommuner i resten af landet kan dog fortsat gøre en indsats for at forbedre kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen.

Den brugeroplevede tilfredshed i indsatsen er meget høj. Syv kommuner har leveret spørgeskemaundersøgelser med brugertilfredshed, der viser en generel høj tilfredshed i samtlige syv kommuner. Dette inkluderer informationen om fase 2 hjerterehabilitering, den fysiske træning, ændring i borgers adfærd og borgerens oplevelse af personalet. Alle parametre vurderer borgerne høj tilfredshed med, og dette underbygges af kvalitative interviews lavet på tværs af fem kommuner. Borgerne giver i disse interviews udtryk for stor generel tilfredshed med indsatsen og lægger samtidig vægt på, at indsatsen er kommunal, hvilket mindsker afstand. Derudover giver borgerne stadig udtryk for, at de er trygge i de kommunale rammer.

Indsatsen giver også mening økonomisk. De økonomiske data viser, at gennemsnitsprisen pr. capita er 6.177 kr. pr. capita i kommunalt regi. Til sammenligning var prisen på hospitalerne 10.700 kr. pr. capita. Der er dog visse forskelle, der besværliggør en direkte sammenligning, men overordnet kan det konkluderes, at prisen pr. capita er lavere, når fase 2 hjerterehabilitering foregår i kommunerne end på hospitalerne.

7. Hjerterehabilitering i et kvalitets- og læringsperspektiv

Et vigtigt element i overdragelsen af fase 2 hjerterehabiliteringen har været at sikre en høj faglig kvalitet i den kommunale leverance. I denne sammenhæng har det været afgørende, at der har været en datamæssig understøttelse i form af HjerteKomMidt.

Data fra HjerteKomMidt bruges kontinuerligt til at optimere kvaliteten af indsatsen. Kvalitetsforbedringsarbejdet pågår på flere niveauer. På borger-niveau bruges data pædagogisk i forhold til at motivere den enkelte borger, der er i et rehabiliteringsforløb. For de sundhedsfaglige bruges data til at se på muligheder for forbedringer i indsatsen. I et strategisk perspektiv giver de aggregerede data på kommunalt, på klynge og på regionalt niveau mulighed for at arbejde strukturelt med indsatsen for den samlede population. Uanset niveau giver det mulighed for i fællesskab at foretage løbende kvalitetsforbedringer. Såfremt der bliver mulighed for samstilling af data fra HjerteKomMidt og DHRD, vil der være en unik mulighed for at se data på tværs af sektorerne.

Der ligger en del læring i anvendelse af nye it-systemer, der skal ensartes på tværs af 19 kommuner. For at understøtte dette har der indledningsvis været afholdt undervisning for alle relevante medarbejdere i registrering i HjerteKomMidt databasen, og der har været mulighed for løbende support gennem hele processen.

Erfaringerne med fase 2 hjerterehabilitering i kommunerne og data-understøttelsen via HjerteKom-

Midt er endnu relativt begrænsede, men perspektiverne er store. For en fortsat positiv udvikling er det vigtigt, at der fastholdes et kvalitets- og læringsperspektiv på området.

Til implementeringen af overdragelsen af fase 2 hjerterehabiliteringen blev der i hver klynge nedsat en implementeringsgruppe med repræsentanter fra hver kommune i klyngen og hospitalet.

Derudover blev der på tværs af de fem klyngeimplementeringsgrupper etableret en arbejdsgruppe til deltagelse i et Institute for Healthcare Improvement (IHI) læringsforløb 2016/2017. IHI-gruppen bestod af en kommunal eller regional repræsentant fra hver enkelt klynge i regionen, en repræsentant fra KOSU (Kommunernes Styregruppe på Sundhedsområdet), en repræsentant fra DEFACTUM og en repræsentant fra Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland. Formålet med at deltage i IHI læringsforløbet med implementering af Forløbsprogram for hjertesygdom var at understøtte det implementerings- og evalueringsarbejde, der var igangsat i klyngeimplementeringsgrupperne samt at udarbejde en Triple Aim rapport for at se, om de gode resultater fra Midtklyngen kunne fastholdes i en udbredelse af modellen. IHI-gruppen har løbende arbejdet med håndtering af udfordringer i forbindelse med implementering og derudover fulgt henvisningsudviklingen fra hospitalerne til kommunerne for at sikre, at borgere blev henvist efter planen. Gruppen vurderer, at det har været udbytterigt at dele erfaringer på tværs og at følge data løbende i forhold til justering af indsatsen hjemme i egen klynge.

8. Potentiale for spredning

Sundhedsstyrelsen har i deres nyeste anbefalinger for tværsektorielle forløb medtaget indsatsen på hjerteområdet¹¹. Sundhedsstyrelsen anbefaler nu, at hjerterehabilitering hovedsageligt varetages i kommunalt regi med undtagelse af borgere, der vurderes til at være risikopatienter.

Der har været stor interesse blandt andre regioners kommuner og hospitaler i forhold til at få indblik i den midtjyske model for hjerterehabilitering. Og der har været interesse blandt kommuner i andre regioner for at registrere data i HjerteKomMidt databasen.

¹¹ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/hjerterehabilitering/tvaersektorielle-forloeb>, 2018

Bilag

Bilag 1: Afgrænsning

Ved sammenligning af denne rapports resultater med resultater fra pilotprojektet er det et opmærksomhedspunkt, at antallet af uger er blevet ændret fra det daværende 8 – 12 uger for indsatsens varighed til det nuværende 12 uger for indsatsens varighed pr. borger. Dette kan give en skævvridning i resultaterne ved en eventuel sammenligning med pilotprojektet, fx da der kan være et frafald fra borgere, der ikke længere føler et behov for at deltage i indsatsen efter et antal uger.

Den brugeroplevede kvalitet er målt på baggrund af en række spørgeskemaundersøgelser samt kvalitative interviews. Spørgeskemaundersøgelsen er i den forbindelse blevet foretaget i syv kommuner, hvilket har været på baggrund af kommunernes eget initiativ. Det drejer sig konkret om følgende kommuner: Horsens, Syddjurs, Skanderborg, Ringkøbing-Skjern, Randers, Lemvig og Ikast-Brande. De øvrige kommuner er derved ikke repræsenteret ved spørgeskemaundersøgelsen i denne rapport. Spørgeskemaundersøgelsen suppleres desuden af elleve kvalitative interviews, der er blevet foretaget i fem forskellige kommuner. Det drejer sig konkret om følgende kommuner: Lemvig, Skive, Horsens, Randers og Aarhus. De øvrige kommuner indenfor Region Midtjylland er derved ikke repræsenteret ved kvalitative interviews. Der er blevet foretaget to interviews i hver enkelt af de nævnte kommuner på nær Randers, hvor der er blevet foretaget tre interviews.

Bilag 2: Population

Populationen, der har været genstand for den ikke-medicinske hjerterehabiliteringsindsats, består af patienter, der skal gennemgå hjerterehabilitering fase 2. Patientgruppen for indsatsen omfatter voksne borgere med følgende diagnoser:

Iskæmisk hjertesygdom (IHD)

blodprop i hjertet (AMI)

hjertekrampe/angina pectoris

bypass-operation (CABG)

ballonudvidelse (PCI)

Hjertesvigt (CHF)

Hjerteklapopererede.

(Forløbsprogram for hjertesygdom, 4. udgave, rev. 23. nov. 2015)

Den estimerede populationen er ca. 3100 borgere, svarende til de 90 % af målgruppen, der forventes at kunne modtage fase 2 hjerterehabilitering i kommunalt regi.

Bilag 3: Metode

Sundhedstilstand og klinisk kvalitet

Sundhedstilstanden hos populationen samt den kliniske kvalitet er opgjort på baggrund af seks nationale indikatorer og standarder for patienter, som påbegynder et hjerterehabiliteringsforløb (RKKP; Dokumentalistrapport). Den samlede opgørelse for populationen fremgår af rapporten »Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt databasen i den midtjyske region for perioden 1. januar 2017 til 31. december 2017«. Kommunerne har løbende registreret de relevante data i HjerteKomMidt. Der har løbende været en opfølgning på data mellem klynkerepræsentanterne og regionen med henblik på at følge dataenes udvikling i forhold til indikatorerne, og hvorvidt standarderne bliver opnået. Der er desuden løbende fulgt op på henvisningsudviklingen i de enkelte kommuner samt samlet i Region Midtjylland på baggrund af kommunernes registrering af henvisninger. Udover de kvantitative data fra HjerteKomMidt følges der også op på sikkerheden blandt de deltagende borgere via antal indlæggelser og dødsfald forbundet med træningen. De enkelte kommuner følger således op på indlæggelser og dødsfald på baggrund af eventuel træning for at sikre, at sikkerheden blandt borgerne er tilfredsstillende.

Brugeroplevet kvalitet

Den brugeroplevede kvalitet er opdelt i henholdsvis spørgeskemaundersøgelser samt kvalitative interviews i en række midtjyske kommuner.

Spørgeskemaundersøgelse

Data til måling af brugertilfredsheden er indsamlet i form af spørgeskemaer i syv forskellige kommuner med henblik på at afdække den brugeroplevede kvalitet kvantitativt.

De syv kommuner har i store træk foretaget spørgeskemaundersøgelserne uafhængigt af hinanden, hvilket i praksis betyder, at spørgsmålene, og derved resultaterne, ikke er ensartede. Til trods for at metoderne er forskellige, omhandler brugertilfredshedsanalysen i store træk de samme temaer. Det er derfor valgt at gruppere data omkring brugeroplevet tilfredshed i følgende temaer:

Information

Fysisk træning

Adfærd

Personalet

Interviews

Der er foretaget interviews af i alt 11 respondenter fra fem forskellige kommuner med henblik på at supplere spørgeskemaundersøgelserne om den brugeroplevede kvalitet. Interviewene blev gennemført som semistrukturerede interviews med stort fokus på åbne spørgsmål. Dette blev gjort med henblik på, at respondenterne kunne give indsigt i respondentens oplevelse af indsatsen samt hvilke faktorer i indsatsen, der har fyldt meget for respondenterne. Der blev på denne baggrund udarbejdet en interviewguide med tre overordnede temaer samt en række uddybende spørgsmål. De uddybende spørgsmål er dog kun blevet anvendt i det omfang, det har været relevant.

Respondenterne modtog desuden skriftlig information om interviewets baggrund, den vurderede varighed samt information om anonymitet. Interviewene blev optaget elektronisk og efterfølgende transkriberet. Desuden blev respondenterne ved det direkte møde igen informeret om, at interviewene var anonymiserede.

Respondenternes besvarelser er blevet anvendt til at understøtte brugertilfredshedsundersøgelserne med en kvalitativ vinkel. Respondenternes besvarelser er blevet tematiseret i henholdsvis *Generel tilfredshed*, *Nærhed* og *Tryghed*. Besvarelserne er blevet anvendt i generelt omfang i projektets resultater, men samtidig er der anvendt citater i tilfælde, hvor respondenternes udsagn kraftigt belyser den brugeroplevede kvalitet. Tematiseringen beskrives mere indgående nedenfor:

| | |
|----------------------------|---|
| <i>Generel tilfredshed</i> | Borgeren bliver spurgt om tilfredsheden med den ikke-medicinske del af hjerterehabiliteringen. Der bliver i den forbindelse spurgt ind til tilfredsheden med selve træningen, undervisningen og andre dele, som borgeren eventuelt selv nævner. |
| <i>Nærhed</i> | Borgeren bliver spurgt om flytningen af den ikke-medicinske del af hjerterehabiliteringen fra hospitalerne til kommunerne, og hvad borgeren generelt har tænkt om dette. |
| <i>Tryghed</i> | Borgeren bliver adspurgt om tryghed i forbindelse med den ikke-medicinske del af hjerterehabiliteringen. Der bliver blandt andet i den forbindelse spurgt ind til watt max-testen, som borgeren gennemgår i starten og slutningen af forløbet. |

Omkostninger per capita

Økonomien er det tredje ben i Triple Aim. Når det er vurderet på om den faglige og brugeroplevede kvalitet er tilfredsstillende, er det vigtigt også at vurdere den samfundsmæssige økonomi ved en given indsats. Det gør man ved at se på omkostninger pr. capita.

I forhold til hjerterehabilitering er det væsentligt at bemærke, at det ikke har været muligt reelt at beregne en baseline for omkostningen pr. capita, da man ikke har indsamlet oplysninger om dette. Det, der udgør baseline, er derfor den takst, som kommunerne tidligere betalte pr. capita til den specialiserede genoptræning på hospitalet. I 2014 (under pilotprojektet) blev denne takst pr. capita beregnet til 10.700 kr.

Det har endvidere været vanskeligt at finde dokumentation for hvor mange hjertepatienter, der gennemførte træningsforløbene, da de blev varetaget af hospitalerne. Dette skyldes, at registreringen ikke er ens på alle hospitaler. På flere hospitaler er det ikke muligt umiddelbart at adskille hjertepatienter fra andre patienter. Der er derfor tale om skøn, når det forventede antal af patienter er opgjort, og en sammenligning af antallet af patienter er kun vejledende og retningsgivende i forhold til, hvor vi er på vej hen.

Bilag 4: Data

Følgende kapitel beskriver de data, der er blevet anvendt til at evaluere fase 2 hjerterehabilitering i kommunerne.

Den Kommunale Hjerterehabileringsdatabase

HjerteKomMidt er en kommunal administrativ database for fase 2 hjerterehabilitering, som DEFACTUM har udviklet på bestilling fra de 19 midtjyske kommuner. HjerteKomMidt er udviklet med henblik på registrering og monitorering af de kvantitative data, der relaterer sig til seks nationale indikatorer vedrørende sundhedstilstand og klinisk kvalitet. Data registreres ved opstart og ved afslutning af rehabiliteringsforløbet.

Håndholdt data ift. henvisninger og antal indlæggelser

En række af målene evalueres på baggrund af håndholdte data fra kommunerne. Dette omfatter data om sikkerheden hos borgerne samt til dels også økonomidata (jf. kapitel 6.3). Der er ikke mulighed for registrering af indlæggelser i forbindelse med hjerterehabilitering i HjerteKomMidt, hvorfor kommunerne løbende har registreret håndholdt, såfremt der har været en indlæggelse i forbindelse med den fysiske træning.

Der følges desuden op på henvisningsudviklingen for den ikke-medicinske del af hjerterehabilitering i de enkelte kommuner, hvilket også sker i form af håndholdte data. Kommunerne udfylder således et excel-ark med henvisninger for året, som afleveres til Region Midtjylland, der har en koordinerende funktion i form af opsamling på data. Region Midtjylland laver på den baggrund et samlet data-ark med henvisninger i den enkelte kommune samt en akkumuleret henvisningsoversigt fra alle kommunerne, hvilket også bliver præsenteret i denne rapport.

Økonomidata

Økonomien er beregnet på baggrund af tilbagemeldinger fra i alt 13 kommuner. Da det er det samme forløb, der følges i alle kommuner, vurderes svarene at være tilstrækkelige til at beregne en gennemsnitspris pr. capita for et samlet rehabiliteringsforløb.

Prisen er beregnet ud fra helt konkrete opgørelser fra hver enkelt af de 13 kommuner på, hvor mange mandetimer der bruges på hver enkelt borger, dels individuelt ved opstartssamtaler og tests, dels gennem holdtræning og individuel vejledning.

De økonomiske data på de specialiserede genoptræningsplaner er blevet udregnet på baggrund af tal trukket fra KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

